



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

**Propuesta de consultorios de valoración
pre-anestésica en un hospital de tercer nivel**

Que para obtener el grado de:

Maestro en:

Administración en Sistemas de Salud

Presenta: Gerardo Durán Briones

Tutor Dr. Jorge Ruiz de Esparza :

México, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Facultad de Contaduría y Administración
Facultad de Química
Instituto de Investigaciones Sociales
Instituto de Investigaciones Jurídicas

T e s i s

Propuesta de consultorios de valoración pre-anestésica en un hospital de tercer nivel

Que para obtener el grado de:

Maestro en:
Administración en Sistemas de Salud

Presenta: Gerardo Durán Briones

Tutor Dr. Jorge Ruiz de Esparza :

México, D.F.

2008



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

Facultad de química

Instituto de Investigaciones Sociales

Instituto de Investigaciones Jurídicas

TESIS

Propuesta de consultorios de valoración
pre-anestésica en un hospital de tercer nivel

Que para obtener el grado de:

Maestro en:

Administración en Sistemas de Salud

Presenta: Gerardo Durán Briones.

Tutor: Dr. Jorge Ruiz de Esparza.
Facultad de Contaduría y Administración.
UNAM

México, D.F.

2008

Indice

	Pagina
Introducción	5
1. Descripción del hospital de oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI	7
1.1 Origen	7
1.2 Perfil de la organización	9
1.3 Recursos físicos	9
1.4 Recursos humanos	10
1.5 Divisiones	10
1.6 Planteamiento del problema	11
2 Marco teórico: la ansiedad	12
2.1 Descripción, aplicación y calificación	15
2.1.1 Los conceptos de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	15
2.1.2 Aplicación	16
2.1.3 Calificación	16
2.2 Desarrollo, confiabilidad y correlación	16
2.2.1 Desarrollo	16
2.2.2 Confiabilidad	17
2.2.3 Correlación entre las escalas ansiedad-rasgo y ansiedad-estado	17
3. Marco de referencia: estudios de evaluación clínica preoperatoria	18
4. Diseño de la investigación	20
4.1 Premisa	20
4.2 Objetivo de la investigación	20
4.2.1 Objetivo general	20
4.2.2 Objetivo específico	20
4.3 Marco metodológico	20
4.4 Tipo de estudio	21
4.5 Area de estudio o ámbito geográfico	21
4.6 Población a estudiar	21

4.7	Criterios	22
4.7.1	Criterios de selección	22
4.7.2	Criterios de exclusión	22
4.7.3	Criterios de eliminación	22
4.8.	Tipo de variables	22
4.8.1	Variables dependientes	22
4.8.2	Variables independientes	22
4.9	Tamaño de la muestra	23
5	Resultados	24
6	Conclusiones y recomendaciones	34
	Bibliografía	35
	Anexos	36

Resumen

Los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica presentan altos grados de ansiedad, así como cambios hemodinámicos, por lo que se propone identificar los grados de ansiedad que tienen estos pacientes al contar con un consultorio de valoración pre-anestésica, mediante un instrumento de medición IDARE (Índice de Ansiedad Rasgo-Estado), en un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal.

Así se podrán implementar Consultorios de valoración pre-anestésica y disminuir la ansiedad y los cambios hemodinámicos que presentan los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

Palabras clave: Consultorios de valoración pre-anestésica, IDARE (Índice de Ansiedad Rasgo-Estado), Ansiedad peri-operatoria.

Introducción

El presente estudio trata de demostrar que al contar con un consultorio de valoración pre-anestésica, se disminuirían en gran medida las alteraciones que tienen los pacientes que serán sometidos a un procedimiento anestésico. Estas alteraciones pueden ir desde ansiedad, lagrimas, tensión, inquietud, alteraciones hemodinámicas (hipertensión, taquicardia, arritmias), miedo, niveles de dolor mas elevados, sudoración, mareos, palpitaciones o vértigo.

Es conveniente llevar a cabo esta investigación ya que al contar con un consultorio de valoración pre-anestésica, se podría tratar la ansiedad mediante la información y la premedicación, obtener los antecedentes de importancia para la historia clínica, evaluar los riesgos ligados al paciente y al tipo de cirugía, optimizar el estado clínico por adaptación de los tratamientos farmacológicos, seleccionar la técnica anestésica adecuada, informar al paciente sobre: la técnica anestésica, complicaciones, transfusión sanguínea, analgesia post-operatoria, prevención de la enfermedad tromboembolica y obtener el consentimiento informado del paciente.

Además, esta valoración pre-anestésica brindaría mayor seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos en esta consulta permitirían al anestesiólogo, elegir la técnica anestésica y los cuidados peri-operatorios mas adecuados al estado clínico del paciente y al procedimiento programado.

Abordaremos las ventajas que tendría el contar con un consultorio de valoración pre-anestésica, así como de cuales son los cambios que presenta el paciente antes de un evento quirúrgico.

El capítulo 1, dará una descripción del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde englobará su origen, el perfil de la organización, recursos físicos, recursos humanos y divisiones con las que cuenta el hospital.

El capítulo 2, se referirá al marco teórico de la ansiedad y de los estudios similares al que se pretende realizar, así como una descripción del IDARE (Índice de Ansiedad Rasgo-Estado), donde se observará, su descripción, aplicación y calificación, conceptos de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo, aplicación, calificación, desarrollo, confiabilidad y validez y correlación entre dichas escalas.

El capítulo 3, abordará el marco de referencia del presente estudio.

El capítulo 4, hablará del diseño de investigación y marco metodológico.

El capítulo 5, nos detallara los resultados de la investigación.

El capítulo 6, se dedicará a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

1.- Descripción del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional siglo XXI

1.1 Origen

Se pueden identificar dos fuentes de origen histórico del Hospital de Oncología, la primera es en el año de 1956, en el sanatorio No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que empezó a dar atención a enfermos con cáncer en 14 camas dentro de un hospital de cirugía. Solo dos años más tarde se había transformado en un hospital adaptado para el tratamiento de cáncer, contando con 103 camas, servicio de cirugía y radioterapia, así como auxiliares de diagnóstico.

La segunda fue la construcción del Centro Médico Nacional por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, incluyendo en este gran proyecto un hospital diseñado para la atención de enfermos con neoplasias malignas.

Ambas fuentes tuvieron una convergencia en el año de 1960, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social adquirió el Centro Médico Nacional, terminó el equipamiento del Hospital de Oncología y mudó el sanatorio No. 2 a su nuevo edificio. Así fue como el día 11 de Mayo de 1961 se inauguró, el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional.

Para 1966 el Hospital de Oncología había saturado sus instalaciones, por lo que en el periodo entre 1967 y 1978 se emprendieron obras mayores de remodelación, crecimiento, así como de sustitución y remodelación de equipo.

Hasta el año de 1985, el Hospital de Oncología inició relaciones normativas y de asesoría para el establecimiento de los servicios de oncología en otras unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, iniciando la regionalización de los servicios de oncología.

El 19 de Septiembre de 1985, el gran sismo causó la destrucción casi completa del Centro Médico Nacional, que condicionó en esa época diáspora y reacomodo de su personal en otras unidades de las Delegaciones 3 y 4 del IMSS en el Distrito Federal.

Afortunadamente en Mayo de 1986 reinicio actividades con el servicio de radioterapia, posteriormente en la consulta externa de hematología y oncología médica en un área prestada por el hospital de cardiología y 64 camas de hospitalización en el hospital anexo. Mas adelante vino la reconstrucción, inicialmente con el edificio de hospitalización, que fue entregado y puesto en funcionamiento el 27 de Abril de 1992, a seguir por el edificio de la consulta externa y oficinas de cuerpo de gobierno que inicio actividades en Abril de 1998, posteriormente se construyó el departamento de radioterapia y radiodiagnóstico para concluir con la obra iniciada hace 17 años.

El Hospital de Oncología, es único en su género en el Instituto Mexicano del Seguro Social, esta dedicado exclusivamente para la atención de pacientes portadores de cáncer, que en la actualidad se reconoce en el ámbito nacional e internacional como un programa de salud pública, debido a que ocupa los primeros lugares en morbilidad y mortalidad. En Diciembre de 1992 el boletín mensual de epidemiología del sistema nacional de salud, reportó a los tumores malignos en el 2º lugar como causa de mortalidad, solo por debajo de las enfermedades cardiovasculares, con una tasa cruda de 50.7 y tasa ajustada a la población mundial como estándar en el 77.1 por 100 000 habitantes. Para el año 2000, el registro histopatológico de neoplasias malignas reportó un total de 91 913 casos nuevos y mortalidad de 55 009 personas por cáncer, lo que correspondió al 13 % del total de las defunciones en el año y una tasa de 55 por 100 000 habitantes. El 48 % ocurrió en hombres, (tasa de 53.6 por 100 000 hombres) y el 52 % en mujeres (tasa de 56.8 por 100 000 mujeres).

Entre los géneros, se observa que en los grupos de edades extremas, la tasa es mas alta en hombres, pero de los 25 a los 65 años es mayor en las mujeres.

Los tumores malignos que se registraron con mayor frecuencia fueron en el cuello de útero (24 %), piel (14 %), mama (11 %), próstata (6 %) y estomago (3 %).

En los hombres, la frecuencia se presento por el cáncer de piel (20 %), próstata (17 %) y estomago (6 %). En cambio en las mujeres se encontró el cáncer cérvico uterino (36 %), mama (17 %) y piel (11 %).

1.2 Perfil de la organización

Nombre: Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Dirección Regional: Centro.

Delegación: 3 y 4 del Distrito Federal.

Tipo de Unidad: Unidad Médica de Tercer nivel de atención.

Ubicación: Av. Cuauhtemoc 330, Col. Doctores, Delegación Cuauhtemoc, CP 06725, México, D.F. Teléfono 56 27 69 00 (Conmutador). 57 61 80 75 (Fax)

Fecha de Inicio de actividades: 11 de Mayo de 1961.

Población derecho-habiente: Pacientes con enfermedades neoplásicas de las Delegaciones 3 y 4 del Distrito Federal y Delegaciones Estatales de Querétaro, Morelos, Guerrero y Chiapas.

Área física: Terreno: 11,461.67 mts²; Superficie construida: 41,303 mts², Numero de cuerpos: 14.

1.3 Recursos físicos

Camas Censables	144
Camas No Censables	86
Consultorios de Especialidad	77
Salas de Cirugía	10
Central de Esterilización	1
Peines de Laboratorio Clínico	15
Peines de Laboratorio de Hormonas	6
Peines de Anatomía Patológica	8
Salas de Radiodiagnóstico	11
Salas de Radioterapia	9
Equipos de Braquiterapia	1
Unidad de Transplante de Médula Ósea	1
Unidad de Terapia Intensiva	1
Unidad de Aplicación de Quimioterapia	1
Centro de Computo	1
Unidad de Endoscopias	1
Unidad de Nutrición Especializada	1
Unidad de Medicina Nuclear	1
Salas de Recuperación Postoperatoria	2

Gabinete de Electrocardiografía	1
Gabinete de Inhaloterapia	1
Aula Magna (148 butacas)	1
Aulas de Enseñanza	8
Biblioteca	1
Clínicas conjuntas	4
Áreas de ambulancias	1
Unidad de Foniatría	1
Unidad de Oftalmología	1
Unidad de Aféresis	1
Total	397

BOLETIN MEDICO. IMSS, 2002

1.4 Recursos humanos

Médicos	153
Médicos Residentes	44
Enfermeras	513
Asistentes Médicas y Trabajadoras Sociales	91
Nutrición y Dietética	67
Conservación e Intendencia	309
Laboratorio Clínico	85
Radiodiagnóstico	28
Anatomía Patológica	22
Radioterapia	39
Personal Administrativo	152
Otros	65
TOTAL	1568

BOLETIN MEDICO. IMSS, 2002

1.5 Divisiones

Oncología quirúrgica: Cabeza-cuello y piel (Oftalmología, Cirugía reconstructiva, prótesis maxilofacial), Tórax, Tubo Digestivo Alto y Sarcomas, Colón y Recto, Urología, Ginecología, Tumores Mamaros, Anestesiología-Inhaloterapia, Clínica del Dolor, Endoscopias-(Proctología).

Oncología médica y radioterapia: Radioterapia física, Oncología Médica, Hematología, Transplante de Médula ósea.

Medicina Interna: (Endocrinología, psiquiatría, Psicología, Nutrición Especializada, Electrocardiografía), Cuidados Intensivos, Admisión Continua, Pre-consulta.

Educación médica e investigación: Coordinación de Educación Médica (Biblioteca, Estadística, Fotografía y Dibujo).

Servicios médicos de apoyo: Laboratorio Clínico, Laboratorio de Hormonas, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Fomento a la Salud, Epidemiología, Nutrición y dietética.

Servicios administrativos de apoyo: Conservación y Servicios básicos, Finanzas y sistemas, personal, abastecimiento, servicios generales.

1.6 Planteamiento del problema

No existe un consultorio de valoración pre-anestésica en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI, para evitar muchos cambios hemodinámicos y de ansiedad que sufren los pacientes antes de un evento anestésico; los cuáles, son debidos principalmente a la falta de información sobre el evento anestésico, principales complicaciones, manejo del dolor post-operatorio; al cuál, los pacientes tienen mucho temor, y lo demuestran presentando altos grados de ansiedad.

Es de vital importancia realizar una investigación de este tipo, para demostrar que al realizar valoraciones pre-anestésicas en un consultorio para este fin, mejorarán los cambios hemodinámicos y de ansiedad que experimentan los pacientes antes de un evento anestésico.

Oncología médica y radioterapia: Radioterapia física, Oncología Médica, Hematología, Transplante de Médula ósea.

Medicina Interna: (Endocrinología, psiquiatría, Psicología, Nutrición Especializada, Electrocardiografía), Cuidados Intensivos, Admisión Continua, Pre-consulta.

Educación médica e investigación: Coordinación de Educación Médica (Biblioteca, Estadística, Fotografía y Dibujo).

Servicios médicos de apoyo: Laboratorio Clínico, Laboratorio de Hormonas, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Fomento a la Salud, Epidemiología, Nutrición y dietética.

Servicios administrativos de apoyo: Conservación y Servicios básicos, Finanzas y sistemas, personal, abastecimiento, servicios generales.

1.6 Planteamiento del problema

No existe un consultorio de valoración pre-anestésica en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI, para evitar muchos cambios hemodinámicos y de ansiedad que sufren los pacientes antes de un evento anestésico; los cuáles, son debidos principalmente a la falta de información sobre el evento anestésico, principales complicaciones, manejo del dolor post-operatorio; al cuál, los pacientes tienen mucho temor, y lo demuestran presentando altos grados de ansiedad.

Es de vital importancia realizar una investigación de este tipo, para demostrar que al realizar valoraciones pre-anestésicas en un consultorio para este fin, mejorarán los cambios hemodinámicos y de ansiedad que experimentan los pacientes antes de un evento anestésico.

2. Marco teórico: la ansiedad

A nivel Internacional, este tema ha tomado cada vez más importancia y cabe mencionar que Francia es el único país occidental en el que la consulta pre-anestésica realizada varios días antes de una intervención quirúrgica programada, es obligatoria. En los Estados Unidos y en el Reino Unido, por ejemplo, la consulta el mismo día de la intervención es una modalidad aceptada por las instancias profesionales.

Sin embargo, los países Anglosajones (Estados Unidos, Canadá, Australia), están descubriendo las ventajas de una evaluación pre-operatoria antes de la intervención en centros especializados, y han desarrollado el concepto de Medicina peri-operatoria.

La ansiedad preoperatoria en relación con la anestesia, sigue siendo para muchos pacientes el mayor tema de preocupación. (4) La ansiedad es descrita, como un estado no placentero de inquietud ó tensión, el cuál, puede estar asociado con alteraciones hemodinámicas como consecuencia de la estimulación simpática, parasimpática y endocrina. (4,8) Está comienza tan rápido como el procedimiento quirúrgico es planeado y se incrementa a una intensidad máxima en el momento de entrar al hospital. (4)

Uno de los objetivos de la valoración preanestésica, es para reducir el miedo y la ansiedad que condiciona el evento anestésico. Una visita preanestésica durante la hospitalización, a menudo ofrece mayores dificultades, tales como ausencia de facilidad de asesoría y privacidad, o indisponibilidad del paciente a causa de otras consultas preoperatorias. Además, es aceptado que el consuelo del paciente solo antes de la cirugía, es a menudo insuficiente para reducir la ansiedad. (4)

Cierto grado de ansiedad está presente en la vida cotidiana; este umbral emocional normal (1,2), equivale a un adecuado estado de alerta y permite mejorar el rendimiento. La ansiedad cuando no es excesiva presenta aspectos positivos, ya que estimula el aprendizaje y el desempeño de las labores. (1). Sin embargo, los grados excesivos de ansiedad preoperatoria pueden conducir a respuestas fisio-patológicas, las cuáles incluyen, taquicardia, hipertensión, arritmias y niveles más altos del dolor que pueden persistir en el periodo postoperatorio. (2,5)

Cuando rebasan cierto margen, llevan a una evidente sensación de malestar y detrimento del rendimiento, que atraen aparejados otros síntomas, tales como: aprensión, temor y angustia (3), además de síntomas "somáticos" de hiperestimulación simpática. (1). Esta también incrementa los niveles plasmáticos de adrenalina un 40% (4,8) y causa desequilibrio electrolítico. (2,8)

La angustia, es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo), o bien, ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado). La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el periodo peri-operatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. (3)

Los síntomas son variables y frecuentes, las quejas de sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones o vértigos.

Su prevalencia se sitúa en torno al 5% de la población general, es más frecuente dentro del sexo femenino (2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta. (1)

Dos terceras partes de los pacientes que serán sometidos a cirugía se encuentran ansiosos. El grado con el cuál cada paciente manifiesta ansiedad, se relaciona con las experiencias pasadas y depende de muchos factores. Estos incluyen, pero no se limitan a: edad, género, tipo y extensión de la cirugía, familiaridad, estado de preparación para el procedimiento, experiencia quirúrgica previa y susceptibilidad personal a las situaciones estresantes. (2)

Lawrence D (1963), ya menciona los efectos psicológicos de la visita preoperatorio por un anestesista, la cuál es comparada con los efectos de la medicación preanestésica con pentobarbital; donde demuestra la calma que tenían los pacientes el día de la operación. (7)

La literatura no provee una definición estándar para evaluación preanestésica. La evaluación preanestésica es definida como el proceso de la valoración clínica que precede al evento anestésico para cirugía y para procedimientos no quirúrgicos.

La consulta de anestesia forma parte de la evaluación y la preparación preoperatoria del paciente. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos en esta consulta, permiten elegir la técnica anestésica y los cuidados peri-operatorios más adecuados al estado clínico del paciente y al procedimiento programado. (3); así como obtener los registros médicos del paciente y las intervenciones del paciente. (6)

Francia es el único país occidental, en el que la consulta preanestésica realizada varios días antes de una intervención quirúrgica programada, es obligatoria. En los Estados Unidos y en el Reino Unido, por ejemplo, la consulta el mismo día de la intervención es una modalidad aceptada por las instancias profesionales. (3) Sin embargo, los países anglosajones (Estados Unidos, Canadá, Australia), están descubriendo las ventajas de una evaluación preoperatoria antes de la intervención en centros especializados, y han desarrollado el concepto de medicina peri-operatoria. (3)

La consulta preanestésica debe ser efectuada por un anestesiólogo. (3,6) Cada equipo debe establecer las modalidades de la consulta preanestésica. (3) En las intervenciones programadas, la consulta preanestésica debe realizarse varios días antes de la anestesia. El período entre la consulta y la anestesia debe tener en cuenta el estado clínico del paciente y la importancia de la intervención quirúrgica. Sin embargo la consulta no dispensa de la realización de la visita preanestésica la víspera o la mañana del día de la intervención. (3)

Es aconsejable que se cuente con estructuras adecuadas como, consultorios, secretarías, disponibilidad rápida de la historia clínica, posibilidad de realización de exámenes complementarios, además de personal suficiente. (3)

Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar durante la consulta preanestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los mas introvertidos suelen reprimirla.

Dentro de las valoraciones que se tienen para valorar la ansiedad se encuentran:

- a) Escala de Spielberger (Spielberger state-trait anxiety inventory). STAI.
- b) Hospital anxiety and depression scale. HAD.
- c) Amsterdam preoperative anxiety and information scale. APAIS.
- d) Escala Visual Análoga. EVA.
- e) The Multiple-affect-Adjective-Check-List. MAACL.

Dentro del estudio aplicaremos el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) que es la versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory). A continuación daremos una breve descripción de dicho inventario.

2.1.- Descripción, aplicación y calificación

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory), está constituido, por dos escalas de auto evaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2) la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado).

La Escala A-Rasgo del inventario, consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente. La Escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las indicaciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

2.1.1 Los conceptos de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo

La Ansiedad-Estado (A-Estado), es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad, y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes

con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.

2.1.2 Aplicación

El IDARE, fue diseñado para ser autoaplicable así como de aplicación individual o en grupo. El Inventario no tiene límite de tiempo. El Investigador no debe aplicar el término de "ansiedad" al aplicar el inventario. Debe referirse a ella como "Inventario de Auto evaluación".

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinando entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el "estado", él debe reportar cómo se siente en "este momento específico", y que en las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique "cómo se siente generalmente".

2.1.3 Calificación

La dispersión de posibles puntuaciones para el "inventario de auto evaluación" del IDARE varía, desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, en las dos escalas.

2.2 Desarrollo, confiabilidad y validez

2.2.1 Desarrollo

La construcción del IDARE, se inició en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala que proporcionara medidas objetivas de auto evaluación, tanto de la ansiedad-estado, como de la ansiedad-rasgo.

El IDARE, es un instrumento útil y versátil para la medición, tanto de la Ansiedad-Estado, como de la Ansiedad-Rasgo, y su contenido, su validez de constructo y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

2.2.2 Confiabilidad

La consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena. En resumen, la confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado del IDARE tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto la escala A-Rasgo, como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

2.2.3 Correlación entre las escalas ansiedad-rasgo y ansiedad-estado

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE, depende fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracteriza a las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada.

Por lo general, se obtienen correlaciones mas altas entre las escalas bajo condiciones en las que hay alguna amenaza a la autoestima o bajo circunstancias en las cuáles se evalúa la eficiencia personal, que cuando se obtienen medidas en situaciones caracterizadas por peligros físicos.

3. Marco de referencia: estudios de evaluación clínica preoperatoria

En los años de 1963, (Lawrence D, y col.), ya observaban la importancia de la visita pre-operatoria por un anestesiólogo. Donde observaron los efectos psicológicos de la visita pre-operatoria comparados con los efectos del pentobarbital para la medicación pre-anestésica.

Walter Norris (1967), realizó un estudio para correlacionar la incidencia de ansiedad de acuerdo a la edad, sexo, peso, estado físico y social, experiencias previas en un hospital y operación propuesta en los pacientes.

En 1977, W. Wassenaar, realiza un estudio acerca de la disminución de la ansiedad que producen dos ansiolíticos.

En ese mismo año, Julian M Leigh, comprueba que los pacientes que leyeron un folleto relacionado a la anestesia y tuvieron una visita pre-anestésica, tuvieron un menor grado de ansiedad que los que no lo leyeron y no tuvieron una visita pre-anestésica.

En 1987, P. Elsass en Dinamarca, comprueba que el grado de ansiedad es menor en aquellos pacientes que tuvieron un contacto personal con el anestesiólogo antes del evento quirúrgico.

Dos años después J. W. Mackenzie, observa que los pacientes que fueron sometidos a cirugía oral, estuvieron particularmente ansiosos a diferencia de otros grupos de pacientes.

Alice D et al, en 1989, estudio la predictibilidad de la ansiedad de los pacientes que fueron sometidos a un evento quirúrgico, incluyendo 14 características diferentes en las que destaca: demografía, posibilidad de cáncer, experiencia quirúrgica previa, extensión de la cirugía, encontrando ciertos factores que eran predictores para tener grados de ansiedad más elevados.

Seis años después K. Millar, realizó un estudio donde comparó tres instrumentos para medir el grado de ansiedad y encontrar su equivalencia, donde se observa que estos estudios empiezan a ser más importantes y se le da mayor importancia al manejo de la ansiedad antes de un procedimiento anestésico.

La revista *Anesthesiology* en 1996, dedica un artículo especial titulado "Desarrollo y Eficacia de la evaluación clínica pre-operatoria en un Hospital de Enseñanza", señalando varios puntos de importancia para la evaluación clínica pre-operatoria en pacientes que serán anestesiados. Ese mismo año, N. Panda también encuentra que el lugar que ocupan los pacientes para ser intervenidos en el quirófano condiciona diferentes grados de ansiedad.

En el 2000, Claude Eric Klopfenstein, confirmó que la valoración anestésica en un consultorio clínico externo reduce la ansiedad pre-operatoria, comparado con una valoración pre-operatoria la noche anterior a la cirugía. Ese mismo año, Mayda Quiñones evaluó la influencia de la ansiedad pre-quirúrgica en la recuperación postoperatoria de los pacientes sometidos a varices esenciales, encontrando que la ansiedad preoperatoria es moderada y se incrementa paulatinamente al aproximarse la intervención quirúrgica y alcanza su máxima intensidad el día de la operación. Encontrando que la ansiedad preoperatoria predice el consumo de fármacos, las complicaciones prequirúrgicas y el dolor postoperatorio.

Dos años después Abdulaziz Boker, comparo tres escalas de ansiedad para proponer una nueva herramienta para la valoración de los niveles de ansiedad preoperatoria.

Ese mismo año, La Revista *Anesthesiology* publicó nuevamente un artículo especial titulado "Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation, emitido por la Sociedad Americana de Anestesiología, dando mayor importancia al tema y dando definiciones, aspectos fundamentales de la valoración preoperatoria, así como de la valoración clínica.

4.- Diseño de la investigación

4.1.- Premisa

Al contar con un consultorio de valoración pre-anestésica se disminuirá la ansiedad y las alteraciones hemodinámicas que condiciona el evento anestésico.

4.2 Objetivo de la investigación

4.2.1 Objetivo general

Demostrar que al contar con un consultorio de valoración pre-anestésica disminuirán la ansiedad y las alteraciones hemodinámicas que condiciona un evento anestésico.

4.2.2 Objetivo específico

Analizar si existe alguna diferencia entre los hombres y las mujeres.

4.3 Marco metodológico

Se obtendrá aprobación del comité de investigación y ética local de nuestro hospital. El grupo de estudio consistirá en 34 pacientes con estado físico I, II o III con enfermedad oncológica, programados en forma electiva para cirugía.

Los pacientes se seleccionaran en forma aleatoria en dos grupos: Grupo A, 17 pacientes, serán valorados en un consultorio de valoración preanestésica de 3 a 5 días antes del procedimiento quirúrgico así como el día de la intervención donde se realizaran las valoraciones para medir el grado de ansiedad y se obtendrán sus constantes vitales (FC, PANI, FR) por el primer autor. El grupo B, 17 pacientes, serán valorados en forma tradicional por un médico residente el día anterior cuando el paciente ingrese al hospital y al día siguiente antes de entrar al procedimiento donde se

realizaran las valoraciones para medir el grado de ansiedad así como también se obtendrán sus constantes vitales (FC, PANI, FR).

A ambos grupos se les aplicara la escala para medir ansiedad "IDARE"

4.4 Tipo de estudio

Prospectivo, descriptivo, longitudinal.

Prospectivo: El estudio se realizara del presente hacia el futuro.

Descriptivo: Por que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Longitudinal: Debido a que se lleva el estudio a través del tiempo.

4.5 Area de estudio o ámbito geográfico

Servicio quirúrgico del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

4.6 Población a estudiar

Derecho-habientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que serán intervenidos de patología oncológica en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El universo de trabajo se calculara de los eventos anestésicos realizados en el 2003.

4.7 Criterios

4.7.1 Criterios de selección

Aceptar participar en la investigación "Consentimiento informado".

Sexo: masculino/femenino.

Estado físico (ASA): I,II,III.

Cirugía electiva de primer tiempo.

4.7.2 Criterios de exclusión

Estado físico (ASA IV y V).

Cirugía de urgencia.

4.7.3 Criterios de eliminación

Que hayan aceptado participar y que decidan abandonar el estudio.

No decidan participar.

4.8 Tipo de variables

4.8.1 Variables dependientes

- Ansiedad.
- Alteraciones hemodinámicas.

4.8.2 Variables independientes

- Valoración pre-anestésica en un consultorio.
- Valoración pre-anestésica de manera tradicional.

4.9 Tamaño de la muestra para dos medias

$$n = 2 \left[\frac{(Z\alpha - Z\beta) \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

$$2 \left[\frac{(1.96 + 1.28) 8.9}{10} \right]^2 = 2 \left[\frac{28.83}{10} \right]^2$$

n = 17 personas/grupo.

$\alpha = 0.05$
 $\beta = 0.10$
 $\sigma = 8.89$
Media = 38.98

Beth Dawson, Bioestadística Médica, 2ª Edición. Manual Moderno. 2000.

5. Resultados

Datos demográficos generales

Edad.

El promedio de edad fue de 56 años con una media de 58 y una desviación estándar de 16, un valor mínimo de 19 y un valor máximo de 83 años.

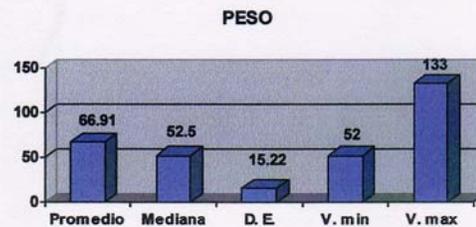
Genero.

El Sexo Masculino fue el que tuvo mayor porcentaje (52.9%) a comparación del sexo femenino con (47.1%); sin embargo no hay diferencias significativas.



Peso.

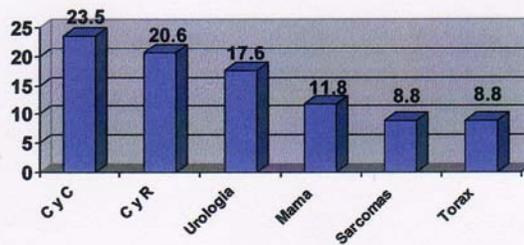
El promedio de peso fue de 66.91 con una media de 62.50, una desviación estándar de 15.22, el valor mínimo de 52 y máximo de 133.



Servicio.

El servicio de cabeza, cuello y piel (S1) tuvo un porcentaje de 23.5, el servicio de colon y recto (S3) fue de 20.6 %, urología (S9) de 17.6%, tumores mamarios (S8) fue de 11.8%, el servicio de tubo digestivo y sarcomas (S7) con un porcentaje de 8.8 al igual que el servicio de tórax (S6) con 8.8%.

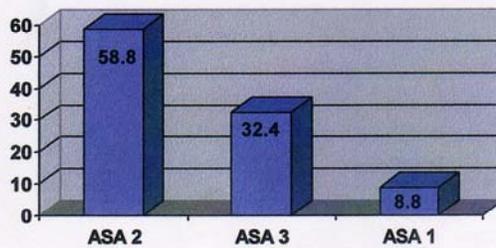
SERVICIO



Estado físico (ASA)

El porcentaje mayor fue el estado físico 2 con un porcentaje de 58.8, seguido del estado físico 3 con 32.4%, por último el estado físico 1 con 8.8.

Estado Físico



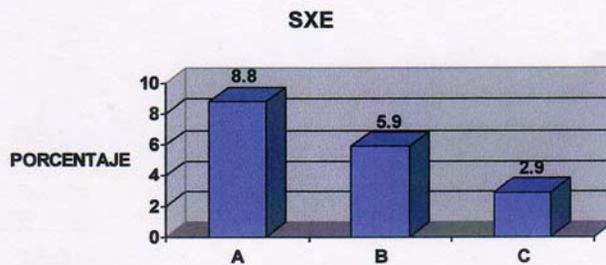
SXE (Indice de estado)

Los resultados con valores de 29, 31, 33, 35, 36 y 44 tuvieron un porcentaje de 8.8; lo valores con resultado de 27, 28, 30 y 40 tuvieron un porcentaje de 5.9; y los resultados con valor 24, 25, 34, 37, 43 y 46 tuvieron un porcentaje de 2.9.

A = 29, 31, 33, 35, 36 y 44

B = 27, 28, 30 y 40

C = 24, 25, 34, 37, 43 y 46



El promedio general fue de 34.32 %, la media de 33.50 %, la desviación estándar de 6.15, el valor mínimo de 24 y valor máximo de 46.

SXR (Indice de Rasgo)

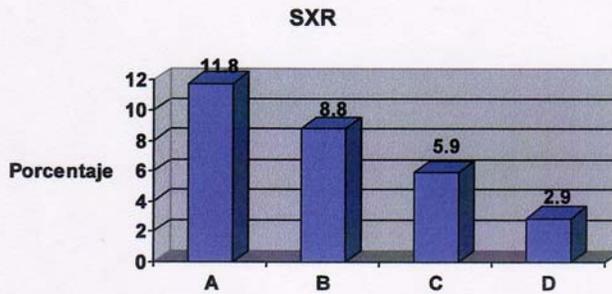
El resultado con valor de 26, tuvo un porcentaje de 11.8; los resultados con valor de 36, 40, 42 y 45 fueron de 8.8%; los valores con resultado de 24, 27, 32, 37 y 44 tuvieron un porcentaje de 5.9; por ultimo los valores con 23, 29, 30, 33, 35, 38, 41 y 55 tuvieron un porcentaje de 2.9.

A = 26

B = 36, 40, 42 y 45

C = 24, 27, 32, 37 y 44

D = 23, 29, 30, 33, 35, 38, 41 y 55



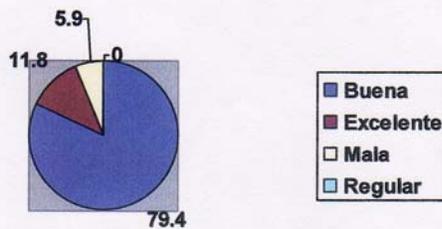
El promedio general fue de 35.44, la media de 36 %, la desviación estándar de 7.8, valor mínimo de 23 y valor máximo de 55.

Experiencia quirúrgica previa

De los 34 pacientes el 97.1% (33) ya habían tenido una experiencia quirúrgica previa, correspondiendo el 2.9% (1) que no la había tenido. Derivado de esta experiencia quirúrgica previa se les solicitó que dijeran como había sido esa experiencia encontrando los siguientes resultados:

- Excelente: 4 pacientes (11.8%)
- Buena: 27 pacientes (79.4%)
- Regular: Ninguno
- Mala: 2 pacientes (5.9%)

Experiencia Quirúrgica Previa



Al analizarse estadísticamente ambos grupos para cada uno de los datos demográficos quedaron de la siguiente manera.

Edad.

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (Tradicional)
Edad		
Promedio	57.88	54.06
Mediana	59	57
D.E.	14.352	16.928
V. min	26	19
V. max	78	83

Para el Grupo 0 la edad que presento mayor porcentaje fue de 53 años con un 17.6% (3), siguiéndole 65 y 67 años con un 11.8% (2) y para 26,30,47,51,57,59,64,74,75 y 78 años el porcentaje fue de 5.9% (1).

Para el grupo 1 la edad que presento mayor porcentaje fue 54 y 67 años con 2 pacientes cada uno lo que represento el 11.8%, el resto fue con 5.9% (1) para las edades de 19,30,32,35,46,53,57,58,61,64,65,74 y 83 años.

Genero.

El grupo 0 tuvo un 52.9% (9) para el grupo masculino y un 47.1% (8) para el grupo femenino.

El grupo 1 tuvo un 52.9% (9) para el grupo masculino y un 47.1% (8) para el grupo femenino.

Peso.

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
Peso		
Promedio	65.53	68.29
Mediana	63	62
D.E.	9.560	19.563
V. min	53	52
V. max	90	133

El peso en el Grupo 0 fue de 17.6% en 62 Kg. (3), el 11.8% en los de 60, 63, 64 y 75 Kg. (2), y el 5.9% en los de 53, 54, 58, 69, 80 y 90 Kg. (1).

El peso en el grupo 1 fue de 11.8% para 55 y 56 Kg. (2) y 5.9% para 52,54,58,60,62,64,67,70,74,80,82,83,133 Kg. (1).

Servicio.

Al analizar ambos grupos por servicio y el porcentaje de pacientes a quien se aplico el cuestionario fue de la siguiente manera:

Servicio	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
	% / Numero	% / Numero
1 Cabeza y Cuello	29.4 / 5	17.6 / 3
2 Cirugía Reconstructiva	-----	5.9 / 1
3 Colon y Recto	23.5 / 4	17.6 / 3
4 Ginecología	-----	11.8 / 2
5 Oftalmología	-----	-----
6 Tórax	17.6 / 3	-----
7 Sarcomas	5.9 / 1	11.8 / 2
8 Tumores Mamaros	-----	23.5 / 4
9 Urología	23.5 / 4	11.8 / 2
	100 / 17	100 / 17

Para el grupo 0 los servicios que tuvieron un mayor porcentaje de aplicación de cuestionarios fueron: Cabeza-Cuello y urología con 29.4 y 23.5 respectivamente; en el caso del grupo 1, los servicios fueron: Tumores mamaros (23.5%), Cabeza-Cuello y Colon-Recto ambos con 17.6%.

Estado Físico. (ASA)

Ambos grupos se analizaron para establecer el estado físico de los pacientes quedando determinados de la forma siguiente:

ASA	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (Tradicional)
	% / Numero	% / Numero
ASA 1	5.9 / 1	11.8 / 2
ASA 2	52.9 / 9	64.7 / 11
ASA 3	41.2 / 7	23.5 / 4
	100 / 17	100 / 17

Con respecto al Estado Físico los dos grupos quedaron en el estadio físico 2, con 52.9% (Grupo 0) y 64.7% (Grupo 1).

SXE. (Indice de Estado)

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
SXE	17 Pacientes	17 Pacientes
Promedio	31	37.65
Mediana	30	37
D.E.	4.123	6.144
V. min	24	25
V. max	40	46

SXR. (Indice de Rasgo)

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
SXR	17 Pacientes	17 Pacientes
Promedio	31.35	39.53
Mediana	32	40
D.E.	6.773	6.857
V. min	23	27
V. max	45	55

Se realizo el análisis estadístico para SXE y SXR en conjunto donde se encontró:

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
Total (SXE-SXR)	17 Pacientes	17 Pacientes
Promedio	62.35	77.18
Mediana	61	78
D.E.	8.753	11.458
V. min	50	52
V. max	78	91

Al comparar los grupos, se observa que los pacientes que tuvieron una valoración de 3 a 5 días previos al evento quirúrgico en un consultorio de "valoración pre-anestésica" que correspondió al Grupo 0, tuvieron menor ansiedad con base a los resultados del cuestionario IDARE.

Experiencia quirúrgica previa.

Se analizo la Experiencia Quirúrgica previa en ambos grupos encontrándose lo siguiente:

Variable	Grupo 0 (Consultorio)	Grupo 1 (tradicional)
	17 Pacientes	17 Pacientes
Promedio	1.00	.94
Mediana	1.00	1.00
D.E.	.000	.243
V. min	1	0
V. max	1	1

De ambos grupos se encontró que en el Grupo 0, los 17 pacientes ya habían tenido por lo menos una experiencia quirúrgica previa, mientras que el grupo 1 en el 94.1% (16) ya habían tenido por lo menos una experiencia quirúrgica previa y solamente 1 (5.9%) no la había tenido.

Al analizarse como había sido su experiencia quirúrgica previa por grupo, se encontró que en el grupo 0, solamente 1 paciente (5.9%) había sido Excelente, para 15 pacientes (88.2%) había sido Buena y para 1 paciente mas (5.9%) había sido Regular.

En el Grupo 1 se encontró que 3 pacientes (17.6%) había sido Excelente, para 12 pacientes (70.6%) había sido Buena y para 1 (5.9%) fue Mala. En este grupo se encontró el paciente que no había tenido ninguna experiencia quirúrgica previa.

Se realizó "N" pareada aplicándose una muestra de la prueba de Kolmogorov-Smirnov donde se encontró lo siguiente para ambos grupos

Prueba de N pareada. Grupo 0		Edad	Peso	SXE	SXR	Total
Numero		17	17	17	17	17
Parámetros normales(a,b) Media		57.88	65.53	31.00	31.35	62.35
	Desviación estándar	14.35	9.560	4.123	6.773	8.753
Mas Extrema	Absoluto	.139	.269	.184	.210	.178
Diferencias	Positivas	.092	.269	.184	.210	.178
	Negativas	-.139	-.105	-.107	-.109	-.133
Kolmogorov-Smirnov Z		.574	1.111	.759	.867	.733
Asymp. Sig. (2-tailed)		.896	.169	.612	.439	.656
Prueba de N pareada. Grupo 1						
Numero		17	17	17	17	17
Parámetros normales(a,b) Media		54.06	68.29	37.65	39.53	77.18
	Desviación estándar	16.928	19.563	6.144	6.857	11.458
Mas Extrema	Absoluto	.181	.202	.161	.174	.136
Diferencias	Positivas	.105	.175	.096	.154	.144
	Negativas	-.181	-.202	-.161	-.174	-.136
Kolmogorov-Smirnov Z		.746	.835	.664	.719	.561
Asymp. Sig. (2-tailed)		.634	.489	.769	.679	.912

- La distribución de la prueba es Normal.
- Calculado de los datos.

Esta prueba se empleo para comprobar si la distribución seguía una distribución normal.

Prueba "t"

Estadística de Grupo

Paciente		N	Media	D.E	Error Estándar Media
Edad	0	17	57.88	14.352	3.481
	1	17	54.06	16.928	4.106
Peso	0	17	65.53	9.560	2.319
	1	17	68.29	19.563	4.745
SXE	0	17	31.00	4.123	1.000
	1	17	37.65	6.144	1.490
SXR	0	17	31.35	6.773	1.643
	1	17	39.53	6.857	1.663
Total	0	17	62.35	8.753	2.123
	1	17	77.18	11.458	2.779

Prueba de Muestreo independiente

Prueba de Leven para la igualdad de varianza

	F	Sig.
EDAD Igualdad de varianza asumida	.335	.567
Igualdad de varianza no asumida		
PESO Igualdad de varianza asumida	2.609	.116
Igualdad de varianza no asumida		
SXE Igualdad de varianza asumida	3.658	.065
Igualdad de varianza no asumida		
SXR Igualdad de varianza asumida	.247	.623
Igualdad de varianza no asumida		
TOTAL Igualdad de varianza asumida	.749	.393
Igualdad de varianza no asumida		

Prueba de muestreo independiente

Prueba de "t" para igualdad de medias

95% IC

	t	Df	Sig. (2-tailed)	Diferencia de medias	Error Std Diferencia	Mas bajo	Mas alto
EDAD Igualdad de varianza asumida	.710	32	.483	3.824	5.383	-7.141	14.78
Igualdad de varianza no asumida	.710	31.166	.483	3.824	5.383	-7.152	14.79
PESO Igualdad de varianza asumida	-.524	32	.604	-2.765	5.281	-13.522	7.992
Igualdad de varianza no asumida	-.524	23.229	.606	-2.765	5.281	-13.683	8.154
SXE Igualdad de varianza asumida	-3.704	32	.001	-6.647	1.794	-10.302	-2.99
Igualdad de varianza no asumida	-3.704	27.982	.001	-6.647	1.794	-10.323	-2.97
SXR Igualdad de varianza asumida	-3.498	32	.001	-8.176	2.337	-12.938	-3.41
Igualdad de varianza no asumida	-3.498	31.995	.001	-8.176	2.377	-12.938	-3.41
TOTAL Igualdad de varianza asumida	-4.239	32	.000	-14.824	3.497	-21.947	-7.70
Igualdad de varianza no asumida	-4.239	29.931	.000	-14.824	3.497	-21.966	-7.68

PRUEBA CHI-CUADRADA

	Valor	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi-cuadrada de Perason	.000 b	1	1.000		
Continuidad de corrección a	.000	1	1.000		
Likehood Ratio	.000	1	1.000		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.634
Asociación lineal por lineal	.000	1	1.000		
Numero de casos validados	34				

a. Computado solamente para una tabla de 2X2

b. 0 celulas (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, bajo las condiciones del presente estudio, la valoración preanestésica, de 3 a 5 días en un consultorio dedicado para este fin, redujo la ansiedad preoperatoria, comparado con la valoración tradicional después de que el paciente ha ingresado al hospital. Además, el índice de ansiedad rasgo-estado (IDARE) considerado el estándar de oro, resultó ser efectivo para medir el grado de ansiedad que presentan los pacientes antes de una intervención quirúrgica.

Los resultados de este estudio soportan la premisa de que al contar con un consultorio de valoración preanestésica se disminuirán la ansiedad y las alteraciones hemodinámicas que condiciona el evento anestésico.

Derivado del estudio anterior, se consideran las siguientes recomendaciones:

1. Establecer un consultorio de valoración preanestésica para poder otorgar consulta de 3 a 5 días previos a la intervención quirúrgica.
2. Tratar la ansiedad mediante la información y la premedicación.
3. Realizar historia clínica para obtener los antecedentes de importancia.
4. Valoración de la vía aérea
5. Evaluar los riesgos y el tipo de cirugía.
6. Seleccionar la técnica anestésica.
7. Informar al paciente sobre: el consentimiento informado, la prevención de la enfermedad trombo-embólica, la técnica anestésica, la transfusión sanguínea, analgesia post-operatoria, probables complicaciones, así como los cuidados peri-operatorios.

Lo anterior permitiría la optimización de los recursos y la disminución de la morbilidad inherente a todo procedimiento anestésico.

Bibliografía

- 1.- Castro Dono, Carlos. Electronic sources (en línea). Fistera.com citation. <http://www.fistera.com>. Consulta:22 ene. 2002.
- 2.- Abdulaziz Boker MBBS FRCPC Med, Laurence Brownell MD FRCPC, Neil Donen MB CHB FRCPC. The Amsterdam preoperative anxiety and información scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2002; 49 (8): 792-798.
- 3.- Haberer JP. Consultation préanesthésic. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París, tous droits, réservés), Anesthésie-Réanimation*, 36-375-A-05,2001,12p.
- 4.- Claude Eric Klopfenstein MD, Alain Foster MD, Elisabeth Van Gessel MD. Anesthetic Assessment in an outpatient consultaci3n clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2000; 47 (6): 511-515.
- 5.- Perez Diaz Raquel. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Rev Cubana y Cir Vasc* 2000; 1 (2):95-100.
- 6.- L. Reuven Pasternak, MD et al. Practice advisory for preanesthesia evaluacion. *Anesthesiology*; 2002; 96 (2): 485-496.
- 7.- Lawrence D Egbert, MD. The value of the preoperative visit by an anesthetist. "A study of Doctor-Patient Rapport". *JAMA*; 1963; 7 (17): 553-5.
- 8.- N. Panda, A. Bajaj. Pre-operative anxiety. "Effect of early OR late position on the operating list". *Anaesthesia*; 1996; 51: 344-6.

Anexos

IDARE INVENTARIO DE AUTOEVALUACION POR

C.D. SPIELBERG, A. MARTINEZ-URRUTIA, F. GONZALEZ-REIGOSA, L. NATALICIO Y R. DIAZ-GUERRERO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE *SIENTE AHORA MISMO*, O SEA, EN *ESTE MOMENTO*. NO HAY CONTESTACIONES BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE, PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS AHORA.

1. NO EN LO ABSOLUTO
2. UN POCO
3. BASTANTE
4. MUCHO

1. ME SIENTO CALMADO	1	2	3	4
2. ME SIENTO SEGURO	1	2	3	4
3. ESTOY TENSO	1	2	3	4
4. ESTOY CONTRARIADO	1	2	3	4
5. ESTOY A GUSTO	1	2	3	4
6. ME SIENTO ALTERADO	1	2	3	4
7. ESTOY PREOCUPADO ACTUALMENTE POR ALGUN POSIBLE CONTRATIEMPO	1	2	3	4
8. ME SIENTO DESCANSADO	1	2	3	4
9. ME SIENTO ANSIOSO	1	2	3	4
10. ME SIENTO COMODO	1	2	3	4
11. ME SIENTO CON CONFIANZA EN MI MISMO	1	2	3	4
12. ME SIENTO NERVIOSO	1	2	3	4
13. ME SIENTO AGITADO	1	2	3	4
14. ME SIENTO "A PUNTO DE EXPLOTAR"	1	2	3	4
15. ME SIENTO REPOSADO	1	2	3	4
16. ME SIENTO SATISFECHO	1	2	3	4
17. ESTOY PREOCUPADO	1	2	3	4
18. ME SIENTO MUY EXCITADO Y ATURDIDO	1	2	3	4
19. ME SIENTO ALEGRE	1	2	3	4
20. ME SIENTO BIEN	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION.

INSTRUCCIONES: ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE SIENTE *GENERALMENTE*. NO HAY CONTESTACIONES BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE, PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE SIENTE *GENERALMENTE*.

1. CASI NUNCA
2. ALGUNAS VECES
3. FRECUENTEMENTE
4. CASI SIEMPRE.

21. ME SIENTO BIEN	1	2	3	4
22. ME CANSO RAPIDAMENTE	1	2	3	4
23. SIENTO GANAS DE LLORAR	1	2	3	4
24. QUISIERA SER TAN FELIZ COMO OTROS PARECEN SERLO	1	2	3	4
25. PIERDO OPORTUNIDADES POR NO PODER DECIDIRME RAPIDAMENTE	1	2	3	4
26. ME SIENTO DESCANSADO	1	2	3	4
27. SOY UNA PERSONA "TRANQUILA, SERENA Y SOSEGADA"	1	2	3	4
28. SIENTO QUE LAS DIFICULTADES SE ME AMONTONAN AL PUNTO DE NO PODER SUPERARLAS	1	2	3	4
29. ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA	1	2	3	4
30. SOY FELIZ	1	2	3	4
31. TOMO LAS COSAS MUY A PECHO	1	2	3	4
32. ME FALTA CONFIANZA EN MI MISMO	1	2	3	4
33. ME SIENTO SEGURO	1	2	3	4
34. TRATO DE SACARLE EL CUERPO A LAS CRISIS Y DIFICULTADES	1	2	3	4
35. ME SIENTO MELANCOLICO	1	2	3	4
36. ME SIENTO SATISFECHO	1	2	3	4
37. ALGUNAS IDEAS POCO IMPORTANTES PASAN POR MI MENTE Y ME MOLESTAN	1	2	3	4
38. ME AFECTAN TANTO LOS DESENGAÑOS QUE NO ME LOS PUEDO QUITAR DE LA CABEZA	1	2	3	4
39. SOY UNA PERSONA ESTABLE	1	2	3	4
40. CUANDO PIENSO EN LOS ASUNTOS QUE TENGO ENTRE MANOS ME PONGO TENSO Y ALTERADO	1	2	3	4

Código de Nuremberg

La prueba de crímenes de guerra y de crímenes contra la humanidad

Aplicando cualquier criterio reconocido de evaluación, el juicio muestra que se han cometido crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad tal como se alega en los puntos dos y tres de la querrela. Desde el comienzo de la Segunda Guerra Mundial se realizaron, en Alemania y en los países ocupados, experimentos médicos criminales en gran escala sobre ciudadanos no alemanes, tanto prisioneros de guerra como civiles, incluidos judíos y personas "asociales". Tales experimentos no fueron acciones aisladas o casuales de médicos o científicos que trabajaran aislados o por su propia responsabilidad, sino que fueron el resultado de una normativa y planeamiento coordinados al más alto nivel del gobierno, del ejército y del partido nazi, practicado como parte del esfuerzo de guerra total. Fueron ordenados, aprobados, permitidos o sancionados por personas que ocupaban cargos de autoridad, las cuales estaban obligadas, de acuerdo con los principios de la ley, a conocer esos hechos y a tomar las medidas necesarias para impedirlos y ponerles fin.

Experimentos médicos permisibles

Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a la humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben observarse ciertos principios básicos a fin de satisfacer los requisitos de la moral, la ética y el derecho:

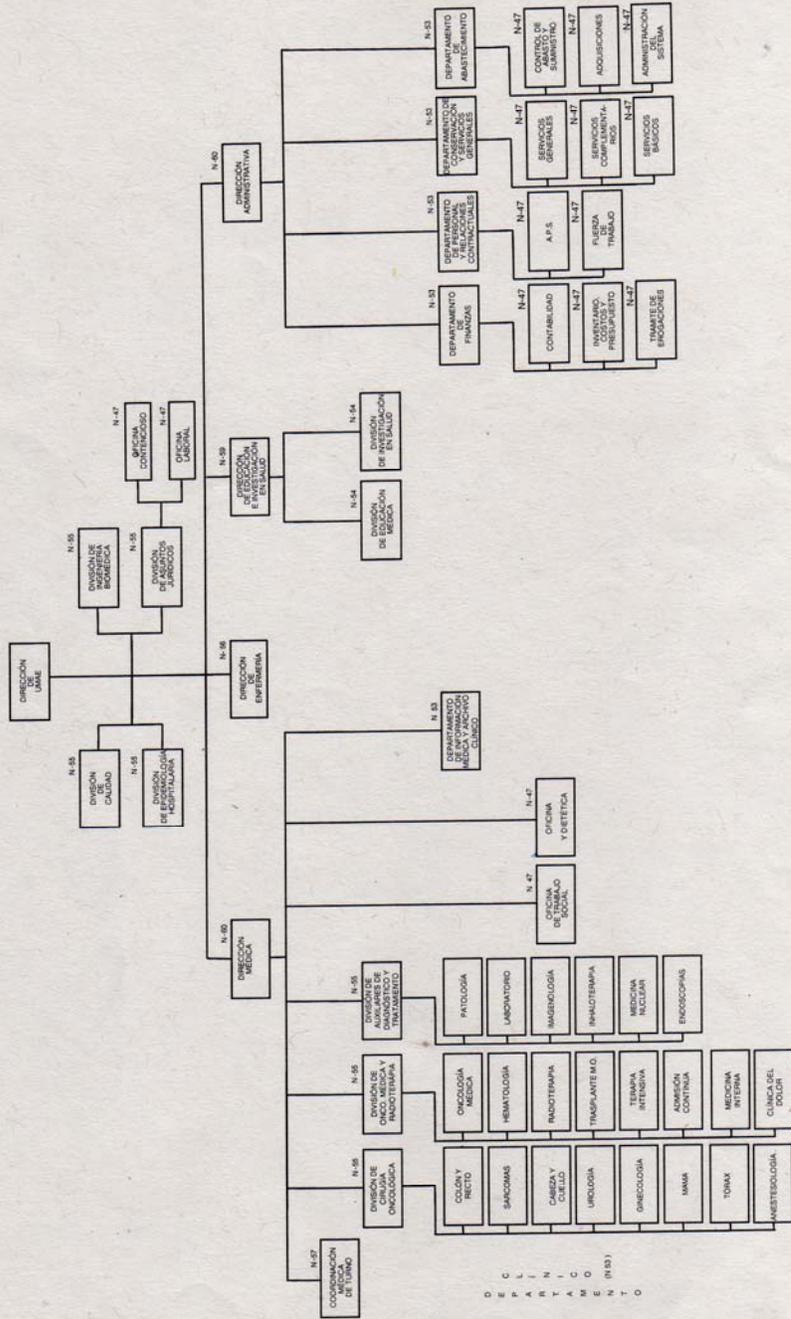
1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte de un sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevara a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de evaluar la calidad del consentimiento corren de la cuenta de todos y cada uno de los individuos que inician o dirigen el

experimento o que colaboran en él, es un deber y una responsabilidad personal que no puede ser impunemente delegado en otro.

2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.
3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.
4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.
5. No se podrán realizar experimentos de los que haya razones a priori para creer que puedan producir la muerte o daños incapacitantes graves; excepto, quizás, en aquellos experimentos en los que los mismos experimentadores sirvan como sujetos.
6. El grado de riesgo que se corre nunca podrá exceder el determinado por la importancia humanitaria del problema que el experimento pretende resolver.
7. Deben tomarse las medidas apropiadas y se proporcionaran los dispositivos adecuados para proteger al sujeto de las posibilidades, aun de las más remotas, de lesión, incapacidad o muerte.
8. Los experimentos deberían ser realizados sólo por personas cualificadas científicamente. Deberá exigirse de los que dirigen o participan en el experimento el grado más alto de competencia y solicitud a lo largo de todas sus fases.
9. En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.
10. En el curso del experimento el científico responsable debe estar dispuesto a ponerle fin en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, de su habilidad comprobada y de su juicio clínico, que la continuación del experimento puede probablemente dar por resultado la lesión, la incapacidad o la muerte del sujeto experimental.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI", D.F.
ESTRUCTURA DICTAMINADA



D
E
C
A
I
A
R
N
T
I
C
A
C
O
N
(N-63)
E
N
T
O